

低用量経口避妊薬(OC)／低用量エストロゲン・プロゲスチン配合錠(LEP)初回処方時間診票

記入日：西暦 20 年 月 日 ID ()

氏名() 年齢(才)

血圧(/) 身長(cm) 体重(kg)

●最後に月経があったのはいつですか？ 西暦20 年 月 日から 日間

●不正性器出血がありますか？ はい いいえ

●妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

●現在授乳中ですか？ はい いいえ

●たばこは吸われますか？ はい いいえ

「はい」の場合 1日 本

●激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合 前兆を伴わない 前兆(目がチカチカする等)を伴う

●ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、舌のもつれ
などがありますか？ はい いいえ

●現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、病名は何ですか？ ()

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことはありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、病名は何ですか？ ()

●以下の病気と言われたことがありますか？ はい いいえ

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 | <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 | |
| <input type="checkbox"/> 肝動脈疾患 | <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 肝のう疾患 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | <input type="checkbox"/> 子宮体がん |
| <input type="checkbox"/> 耳硬化症 | <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 | <input type="checkbox"/> 乳がん | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 |
| <input type="checkbox"/> クローン病 | <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> テタニー |

●流産・死産を繰り返したことはありますか？ はい いいえ

●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？ はい いいえ

●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？ はい いいえ
「はい」の場合、それは何というお薬ですか？ ()

●今までにOCまたはLEPを服用したことはありますか？ はい いいえ
「はい」の場合、それは何というお薬ですか？ ()

●今までお薬を使用して、アレルギー症状(じんましん等)が出たことはありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、それは何というお薬ですか？ ()

●過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？ また今後4週間以内に手術の予定は
ありますか？ はい いいえ

●ご家族に血栓症のある方はおられますか？ はい いいえ

●ご家族に乳がんにかかられた方はおられますか？ はい いいえ

●その他、ご自身の体のこと、あるいはOC、LEPについて心配なことや知りたいこと
などがありましたらご記入ください。

[]